

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1962 - N° 212

---

# A propos de la conservation du Rectum en cas de Polypose Recto-colique diffuse (Technique personnelle)

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 14 Décembre 1962*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**VIDIL ANDRÉ**

Né le 26 Janvier 1933, à AUBENAS (Ardèche)



IMPRIMERIE DUGAS  
LYON

—  
1962



**A PROPOS DE LA CONSERVATION DU RECTUM  
EN CAS DE POLYPOSE RECTO-COLIQUE DIFFUSE**



# A propos de la conservation du Rectum en cas de Polypose Recto-colique diffuse (Technique personnelle)

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ MIXTE de MEDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 14 Décembre 1962*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**VIDIL ANDRÉ**

Né le 26 Janvier 1933, à AUBENAS (Ardèche)



IMPRIMERIE DUGAS  
LYON

—  
1962

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. J. LÉPINE, Doyen Honoraire,  
Membre de l'Institut.  
M. H. HERMANN, Doyen,  
Correspondant de l'Institut.

MM. M. LEVRAT, Assesseur.  
L. REVOL, Assesseur.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LÉPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATÉ, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

MM.

## PROFESSEURS

|                      |                                    |               |                                     |
|----------------------|------------------------------------|---------------|-------------------------------------|
| HERMANN              | Physiologie.                       | BADINAND      | Chimie analytique pharmaceut        |
| CIBERT               | Clinique urologique.               | DREVON        | Pharmacie chimique et pharmaco-     |
| PONTHUS              | Physique biologique.               | ROCHE         | logie.                              |
| (détaché à Beyrouth) |                                    | COUDERT       | Médecine légale et déontologie.     |
| DECHAUME             | Clinique neuro-psychiatrique et    | MOUNIER-KUHN  | Parasitologie et pathologie exot.   |
|                      | hygiène mentale.                   |               | Clinique d'oto-rhino-laryngologie   |
| ROCHET               | Thérapeutique chirurgicale et chi- | PAUFIQUE      | et d'audio-phonologie.              |
|                      | urgie opératoire.                  | THIERS        | Clinique ophtalmologique.           |
| CHAMBRON             | Chimie organique et toxicologie.   |               | Clinique de dermatologie, syphi-    |
| WERTHEIMER           | Clinique chirurgicale A.           |               | ligraphie et allergologie.          |
| P.-RAYAULT           | Clinique médicale B.               | BRUN          | Clinique de pneumo-phthisologie.    |
| FROMENT              | Clinique et prophylaxie cardio-    | CREYSSEL      | Clinique traumatologique des        |
|                      | vasculaire.                        |               | membres.                            |
| CROIZAT              | Clinique médicale C.               | DARGENT       | Cancérologie.                       |
| ENSELME              | Chimie biologique et médicale.     | GUICHARD      | Anatomie pathologique.              |
| MALLET-GUY           | Clinique chirurgicale A.           | GIRARD Paul   | Pathologie générale et expérimen-   |
| GUILLEMINET          | Clinique de chirurgie orthopédique |               | tales.                              |
|                      | et de chirurgie infantile.         | LATARJET      | Anatomie.                           |
| REVOL                | Pharmacie galénique et matière     | PEYCELON      | Pathologie chirurgicale.            |
|                      | médicale.                          | GIRARD Marcel | Thérapeutique.                      |
| POLLOSSON            | Clinique gynécologique.            | VACHON        | Pathologie médicale.                |
| PIGEAUD              | Clinique obstétricale.             | GALY          | Physio-pathologie des voies respi-  |
| BOURRET              | Médecine du travail.               |               | atoires.                            |
| LEVRAT               | Clinique médicale A.               | X....         | Histologie et embryologie.          |
| SOHIER               | Hygiène et action sanitaire et     | PAPILLON      | Radiologie.                         |
|                      | sociale.                           | JEUNE         | Clinique des maladies infectieuses. |
| DUCLLOS              | Clinique stomatologique.           | GONIN         | Hydrologie thérapeutique, clima-    |
| BERNHEIM             | Clinique médicale infantile et     |               | tologie et écologie sociale.        |
|                      | hygiène du premier âge.            | MONNET        | Bactériologie.                      |
| JOURDAN              | Biologie médicale et pharmaco-     | BANSSILLON    | Physiologie et pathologie obsté-    |
|                      | dynamie.                           |               | tricales.                           |
| NETIEN               | Botanique et cryptogamie.          | CHATONNET     | Physiologie.                        |
| BERTRAND             | Clinique chirurgicale C.           | GUINET Paul   | Clinique endocrinologique.          |

## PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

|                  |                                   |                 |                               |
|------------------|-----------------------------------|-----------------|-------------------------------|
| BERGER           | Physique nucléaire appliquée à la | BERTOYE         | Bactériologie.                |
|                  | médecine.                         | TRILLAT         | Clinique de chirurgie orthop. |
| DORCHE           | Technologie pharmaceutique.       | FREIDEL Charles | Clinique Stomatologie.        |
| CIER J.-François | Physiologie.                      |                 |                               |

## PROFESSEURS SANS CHAIRE

|            |                                 |        |                                  |
|------------|---------------------------------|--------|----------------------------------|
| ROMAN      | Parasitologie.                  | PERROT | Chimie organique et toxicologie. |
| CIER André | Pharmacie chimiq. et pharmacol. |        |                                  |

## MAITRES DE CONFÉRENCES-AGRÉGÉS

### Médecine

|                 |                                |                 |                           |
|-----------------|--------------------------------|-----------------|---------------------------|
| FEROLDI         | Anatomie pathologique.         | MORET Robert    | Physique.                 |
| CREYSSEL Roger  | Chimie biologique et médicale. | BOUCHET Alain   | Anatomie.                 |
| DUROUX Emile    | Anatomie.                      | TOMMASI Michel  | Anatomie pathologique.    |
| BRETTE René     | Thérapeutique.                 | RIFFAT Georges. | Hygiène.                  |
| DUMONT Louis    | Histologie.                    | JOUVET Michel   | Pathologie expérimentale. |
| THIVOLET Jean   | Hygiène.                       | FAVRE-GILLY J.  | Hématologie.              |
| GARIN Jean-Paul | Parasitologie.                 |                 |                           |

### Pharmacie

|               |                           |                   |                    |
|---------------|---------------------------|-------------------|--------------------|
| ODDOUX Lucien | Botanique et cryptogamie. | GRAS Jean         | Chimie biologique. |
| MALLEIN René  | Chimie analytique.        | PEYRIN J.-Olivier | Physique.          |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

|                |                         |                 |                         |
|----------------|-------------------------|-----------------|-------------------------|
| PONT Maurice   | Médecine générale.      | TOLOT François  | Médecine du travail.    |
| VIGNON G.      | Médecine générale.      | GUYOTAT Jean    | Neuro-psychiatrie.      |
| REVOL Louis    | Médecine générale.      | SCHOTT Bernard  | Neuro-psychiatrie.      |
| PLAUCHU Marcel | Médecine générale.      | DUMONT Martial  | Obstétrique.            |
| TRAEGER Jules  | Médecine générale.      | BONAMOUR G.     | Ophthalmologie.         |
| MARION Pierre  | Chirurgie générale.     | DURAND Louis    | Urologie.               |
| MICHAUD Pierre | Chirurgie générale.     | GARDE A.        | Médecine générale.      |
| J. de BEAUJEU  | Chirurgie générale.     | PERRIN André    | Médecine générale.      |
| SAUTOT Jean    | Chirurgie générale.     | LARBRE François | Médecine générale.      |
| GUILLEMIN G.   | Chirurgie générale.     | MORNEX René     | Médecine générale.      |
| BURTHIAULT R.  | Obstétrique.            | NORMAND Jean    | Médecine générale.      |
| GIGNOUX Marcel | Oto-rhino-laryngologie. | MARET Gilbert   | Chirurgie générale.     |
| FRANÇOIS René  | Pédiatrie.              | DESCÔTES J.     | Chirurgie générale.     |
| DEVIC Michel   | Médecine générale.      | CHASSARD J.-L.  | Electro-radiologie.     |
| DESPIERRES C.  | Médecine générale.      | ALLÈGRE G.      | Neuro-chirurgie.        |
| de MOURGUES G. | Chirurgie générale.     | HUGONNIER R.    | Ophthalmologie.         |
| FRANCILLON J.  | Chirurgie générale.     | FAYSSÉ Robert   | Orthopédie.             |
| SAUBIER Eugène | Chirurgie générale.     | GAILLARD Jean   | Oto-rhino-laryngologie. |
| COLOMB Daniel  | Dermatologie.           | KALB J.-Claude  | Pneumo-phthisologie.    |
| COLIN Marcel   | Médecine légale.        |                 |                         |

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. P. BERTRAND, *Président*; M. GIRARD, J. FRANCILLON, M. TOMMASI, *assesseurs*.

A MA MERE « IN MEMORIAM »

Son souvenir m'est précieux.

A MON PERE

Bien modeste témoignage de mon affection  
et de ma reconnaissance profonde. Qu'il soit  
remercié de l'entière confiance qu'il a mise  
en moi.

A MA FEMME

Avec tout mon amour.

A MES ENFANTS

A MES SŒURS ET BELLE-SŒUR

A MES FRERE ET BEAU-FRERE

A MA BELLE-MERE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BERTRAND

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre Jury de Thèse. Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de nos sentiments reconnaissants et respectueux.

## A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. GIRARD

Nous le remercions d'avoir accepté de nous juger et l'assurons de notre profonde gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. FRANCILLON

Il nous a accueilli avec beaucoup de bienveillance comme stagiaire-interné. Il nous a fourni le sujet de cette thèse, sans nous ménager aide ni conseils.

Qu'il nous permette de lui exprimer toute notre respectueuse reconnaissance pour tout ce que nous lui devons.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. TOMMASI

Il a bien voulu être l'un de nos juges. Nous le prions de croire à nos sentiments reconnaissants.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. DUROUX

Nous tenons à le remercier tout particulièrement. Ses dessins nous ont permis d'illustrer notre travail .

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTE

ET DES HOPITAUX DE LYON

AUX MEDECINS DE L'HOPITAL D'AUBENAS

AUX MEDECINS DE L'HOPITAL DE VALS-LES-BAINS



## CHAPITRE PREMIER

---

# LES CARACTÈRES NOSOLOGIQUES DE LA POLYPOSE RECTO-COLIQUE DIFFUSE

---

La Polypose Recto-Colique Diffuse est une affection conditionnée par l'existence de polypes vrais, répartis sur la muqueuse du gros intestin, du cœcum au rectum inclus. C'est une maladie de l'adolescent et de l'adulte jeune, qui a pour caractéristiques principales :

- Son évolution cachectisante inéluctable.
- L'extrême fréquence de la transformation maligne.
- La difficulté de son traitement.

## ETIOLOGIE

Cette affection, heureusement rare, est également fréquente dans les deux sexes. Elle paraît être souvent héréditaire et familiale. Le mode de transmission se fait suivant le caractère dominant, la pénétrance étant très élevée, de l'ordre de 80 à 90 %, suivant REED et NEEL.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

### DU POINT DE VUE MACROSCOPIQUE :

La maladie peut être diffuse, les polypes étant plus ou moins nombreux, répartis sur la totalité de la muqueuse recto-colique, et même du grêle et de l'estomac. La partie terminale est volontiers

celle où siège le plus grand nombre de polypes, mais il faut noter cependant que l'atteinte rectale n'est pas toujours la plus prononcée (incidence thérapeutique).

La polyposé peut être localisée à un segment, avec atteinte élective du recto-sigmoïde, et parfois lésions bipolaires du cœcum et du sigmoïde.

Elle peut être « non diffuse », et l'on parle alors volontiers de polyposé disséminée, clairsemée totale ou clairsemée segmentaire. A l'extrême, on peut trouver des polypes isolés, ou quelques amas de polypes.

Il va sans dire que les problèmes thérapeutiques posés seront différents suivant les formes anatomo-pathologiques.

Les polypes, quant à eux, sont caractérisés par leur polymorphisme : ils sont pédiculés ou sessiles, ou peu individualisés. Leur taille varie de celle du grain de mil à celle de la prune. Leur couleur est rosée ou vineuse. Ils sécrètent du mucus ou des glaires, et sont à l'origine des hémorragies.

La muqueuse qui les environne est le plus souvent normale, mais il faut noter la fréquence des adénopathies mésentériques.

#### DU POINT DE VUE MICROSCOPIQUE :

Histologiquement, chaque polype est constitué par un axe conjonctivo-vasculaire contenant dans sa trame une prolifération de tissu glandulaire. Il s'agit donc d'un adénome. Les acini adénomateux sont tapissés de cellules claires mucipares, et plus rarement on trouve dans les culs-de-sac glandulaires des cellules sombres où certains auteurs voient des éléments pré-cancéreux.

#### DU POINT DE VUE ÉVOLUTIF :

La dégénérescence cancéreuse est malheureusement quasi-totale au cours de l'évolution. On retrouve les formes microscopiques habituelles au cancer :

- Forme végétante
- Forme ulcéreuse
- Forme infiltrante et sténosante

et du point de vue microscopique :

- Forme glandulaire typique
- Forme atypique primitive, ou survenant après la précédente
- Forme muqueuse.

## PATHOGENIE

Diverses théories ont été proposées :

1° *Théories inflammatoires*, basées sur l'existence indiscutable de la polypose bilharzienne, amibienne ou microbienne. L'hypothèse d'un virus filtrant ne serait pas à retenir. Rôle prépondérant de l'« ulcération » (CARNOT, FREIDEL, FROUSSARD) cependant critiqué (LEVŒUF, ODRU).

2° *Théories irritatives*, basées sur le rôle de la stase intestinale et des substances irritantes formées au cours des fermentations et putréfactions des fécès au niveau du côlon (SCHWAB, SCHMOLLER).

3° *Théorie congénitale actuelle*, basée sur :

- Le caractère familial (J. DUHAMEL, J.-J. DUBARRY, Thèse de BERTON, Bordeaux 1959).
- La précocité habituelle de l'affection (REED et NEEL).
- La présence de malformations associées : infantilisme, hippocratismes digital.

RIPPERT et RICHTER pensent que la polypose serait due à des inclusions embryonnaires de cellules épithéliales, alors que de nombreux autres auteurs l'expliquent par le rôle prépondérant du facteur héréditaire et du facteur terrain.

En somme, aucune de ces théories ne paraît satisfaisante.

## ETUDE CLINIQUE

### SIGNES GÉNÉRAUX ET FONCTIONNELS :

Le début est en général insidieux. La diarrhée est le premier signe, accompagnée ou non d'hémorragies.

A la période d'état, la diarrhée reste le symptôme fondamental : elle est fécaloïde, les selles sont pâteuses, un peu liquides, mousseuses, parfois mélangées de glaires ou de sang, au nombre de trois à quatre par jour. Fait important, leur fréquence augmente pendant les périodes de crise ; alors s'installe parfois un syndrome dysentérique : le malade émet 10 et même 15 selles par jour, le tout s'accompagnant d'épreintes, de ténésme, de douleurs abdominales à type de crampes. A l'inverse, il existe des périodes de rémission plus ou moins longues, puis de nouvelles crises surviennent sur un fond de diarrhée chronique.

La diarrhée est souvent striée de sang et mêlée de glaires, mais des hémorragies peuvent se produire isolément. Elles sont parfois occultes et très espacées, leur abondance conditionne l'état du malade, car l'anémie qui s'ensuit peut être extrême.

Enfin, des troubles dyspeptiques réflexes sont volontiers associés.

### SIGNES D'EXAMEN :

La palpation de l'abdomen trouve un ventre souple et indolore. Rarement, on réveille une douleur le long du cadre colique, ou on perçoit dans une fosse iliaque une masse molle, sans caractères précis.

Le toucher rectal est un temps primordial. Sa technique doit être rigoureuse (BOUSCHON). Il permet de percevoir des tumeurs mobiles, obstruant plus ou moins la lumière, dont le doigt fait le tour.

La rectoscopie affirme le diagnostic et permet la biopsie.

La radioscopie, effectuée selon la technique de WELIN, révèle les polypes sous l'aspect d'images tigrées ou circulaires apparaissant en clair, leur nombre, leur siège, l'étendue de la muqueuse malade.

## EVOLUTION ET COMPLICATIONS :

L'évolution est toujours grave. Elle se fait par poussées successives, plus ou moins fébriles, chacune d'elles laissant le sujet plus déprimé, pour aboutir à la mort dans la cachexie.

Les complications sont fréquentes :

— Occlusion liée à une invagination colo-colique ou iléo-colique, dominées avant tout par la dégénérescence cancéreuse, dont le dépistage précoce peut se faire par l'étude de la cytologie rectale (MOREL à Lyon).

La polypose recto-colique diffuse est en effet l'une des maladies précancéreuses des mieux individualisées actuellement.

## CONCLUSIONS THERAPEUTIQUES

Dans une maladie aussi grave, dominée par la crainte du cancer et la constance de son évolution cachectisante, il ne saurait être question d'abstention thérapeutique. Il faut, selon MAYO et WACKEFIELD, s'efforcer de « rompre l'évolution quasi-constante vers la dégénérescence maligne par éradication totale des polypes ou des zones polypeuses, accessoirement d'éviter les accidents par diarrhée profuse ».

COGNAT, dans sa thèse (Lyon, 1961) a fait une analyse très serrée des différentes formes de traitement qui ont été proposées. Voici ses conclusions :

— Les méthodes médicales et radiothérapiques n'ont que la valeur de thérapeutiques symptomatiques.

— Seul le traitement chirurgical est valable.

— La coloproctectomie est l'intervention théoriquement la meilleure, mais elle se termine par une iléostomie abdominale difficile à supporter.

— Une seule intervention résout le problème sphinctérien, tout en assurant une exérèse large : c'est la colectomie avec anastomose iléo-rectale, associée à la fulguration des polypes rectaux.



## CHAPITRE II

---

# LE PROBLÈME DE LA CONSERVATION DU RECTUM

---

Le traitement de la polypose recto-colique diffuse pose au chirurgien des problèmes délicats. Il existe, certes, une intervention « théoriquement idéale », la coloproctectomie : en enlevant la totalité du gros intestin, du cœcum à l'anus compris, elle met à l'abri de la dégénérescence cancéreuse et de la récurrence des polypes. Mais ce résultat s'achète au prix d'une iléostomie abdominale définitive qui, malgré les divers artifices techniques tentés pour améliorer ses résultats fonctionnels, malgré les progrès actuels de l'appareillage et de la diététique, « reste pour le malade un compagnon désagréable », et c'est le moins qu'on puisse dire, extrêmement difficile à supporter, dont l'idée même parfois l'effraye au point qu'il refuse l'opération et ne revient consulter qu'une fois le cancer installé. Cependant, il apparaît bien difficile d'imposer à des adolescents ou des adultes jeunes, en pleine activité génitale, parfois en pleine santé apparente, souvent en période de rémission, une intervention qui assure la guérison au prix d'une telle infirmité. Aussi, malgré le risque certain du cancer sur segment restant, de nombreux auteurs, après MAYO, ont-ils tenté de conserver le rectum, ou, tout au moins, de résoudre le problème sphinctérien, en employant soit des méthodes chirurgicales proprement dites, soit des méthodes mixtes électro-chirurgicales.

---

## MÉTHODES CHIRURGICALES

---

### LA COLORECTOTOMIE.

Le côlon et le rectum sont enlevés dans leur totalité. On conserve le canal anal et l'anus. Le rétablissement de la continuité se fait soit en anastomosant l'iléon : c'est l' « iléostomie anale », soit en abaissant l'iléon : c'est l' « intubation transanale de l'iléon », ou technique du « Pull-Trough », mais l'anastomose de l'iléon au canal anal donne de mauvais résultats fonctionnels par disparition de la sensibilité anale : émission des gaz non contrôlée, selles diarrhéiques, parfois incontinence des matières.

Le procédé de CHAMPEAU, qui consiste en l'enroulement de la terminaison du grêle et anastomose latérale avec le canal anal, augmente la « colisation » du grêle et l'absorption du liquide intestinal, mais ne donne que d'exceptionnels succès. Souvent d'ailleurs, il n'est pas réalisable à cause de la brièveté de l'intestin grêle (WELTI).

### LA COLECTOMIE TOTALE.

L'opération fut réalisée pour la première fois par LILIENTHAL, en 1901. La technique consiste à enlever le côlon jusqu'à la jonction recto-sigmoïdienne, en laissant en place environ 10 à 12 cm de sigmoïde et tout le rectum. De nombreux auteurs ont ensuite suivi la méthode, avec diverses modifications. En général, intervention en un seul temps.

D'abord : colectomie totale proprement dite, avec section de l'iléon à 10 cm environ de l'angle iléo-coecal, section du sigmoïde au point choisi, ou de l'ampoule rectale à différents niveaux ; ensuite : anastomose iléo-sigmoïdienne, ou iléo-rectale, suivant différentes voies :

- Termino-terminale le plus souvent.
- Latéro-terminale rarement, en cas d'incongruence, au niveau du rectum.
- Latéro-latérale très rarement, au niveau du sigmoïde.

AYLETT propose une dérivation en amont, type iléostomie de décharge qui ne semble pas indispensable en général.

## METHODES MIXTES ELECTRO-CHIRURGICALES

Il semble que ce soient les plus intéressantes, car elles débarrassent le segment restant de tous les polypes.

Le principe est simple : après colectomie totale, les polypes du segment resté en place sont fulgurés, soit par l'anus, soit par la tranche de section. \*

BENSAUDE, HILLEMAND et AUGIER, en 1931, publièrent la première colectomie totale avec iléo-sigmoïdostomie et électro-coagulation du recto-sigmoïde restant.

MAYO surtout fut le promoteur de cette méthode et l'utilisa largement avec de bons résultats.

CHARRIER (1939), LEVŒUF (1942), J. BOEHME (1950), P. BERTRAND et G. GUILLEMIN améliorent les techniques en simplifiant les temps opératoires. Ainsi P. BERTRAND et G. GUILLEMIN ont employé dans quatre cas la technique suivante, rapportée par COGNAT (Thèse Lyon 1961) :

Premier temps : fulguration des polypes recto-sigmoïdiens par les voies naturelles, et opératoires s'il y a lieu, par l'orifice de colostomie sus-pubienne, après colectomie segmentaire.

Deuxième temps : colectomie totale avec conservation de l'ampoule rectale, suivie d'anastomose iléo-rectale.

Sans entrer dans les détails, nous pouvons écrire, avec COGNAT, que les avantages de telles méthodes sont évidents :

- 1° On enlève la quasi-totalité des lésions polypeuses.
- 2° On conserve la fonction sphinctérienne.
- 3° La surveillance du rectum en place est aisée.
- 4° Les résultats sont bons, et ne font pas du malade un infirme.

Par contre, les inconvénients sont tels qu'ils font discuter le problème de la légitimité de la conservation du rectum. On peut en effet reprocher à ces méthodes :

1° Le risque de cancer sur le segment restant.

2° L'assujettissement du malade à des contrôles rigoureux et à des séances d'électro-coagulation répétées à un rythme plus ou moins rapproché, car les polypes fulgurés récidivent.

3° Les risques de l'électro-coagulation elle-même : hémorragies, perforations, rétrécissements.

## VALEUR DE LA CONSERVATION

A-t-on le droit de conserver le rectum ?

C'est en effet le risque de cancer sur segment restant, estimé généralement à 5 % des cas, qui fait discuter la conservation du rectum et met en opposition deux écoles :

— Les partisans de la conservation du rectum : surtout l'école américaine avec, à la suite de MAYO, SMITH et JACKMAN, GARLOCK, GARDNER, LEVŒUF, LAURENCE, et l'école lyonnaise avec P. BERTRAND, G. GUILLEMIN.

— Les partisans de l'exérèse : une partie de l'école américaine (BACON, LAHEY) et de l'école française, en particulier parisienne (ARNOUS, CHARRIER, DELANNOY, d'ALLAINE, VERNE).

Encore qu'il y ait place pour des opinions plus nuancées : quelques auteurs, tels A. G. WEISS, MIALARET, WELTI, tentent la conservation du rectum dans certaines conditions.

Les deux principales statistiques groupées dans la thèse de COGNAT montrent les résultats suivants :

— Statistique de la Mayo-Clinic, publiée par SMITH et JACKMAN :

68 cas de polypose recto-colique diffuse ont été traités de 1945 à 1954 par colectomie totale avec anastomose iléo-rectale ; on note :

- 6 décès par métastases d'un cancer colique existant au moment de l'intervention ;
- 3 cancers sur rectum conservé ;
- 57 *malades sont en parfait état.*
- 2 ont été perdus de vue.

LOCKHART-MUMMERY rapporte que sur 29 polypes traitées au St-Marks-Hospital de Londres entre 1946 et 1954 par colectomie totale avec anastomie iléo-sigmoïdienne basse, il y a eu :

- 1 décès opératoire ;
- 1 cancer sur rectum conservé ;
- 1 décès secondaire par occlusion. ;
- 26 *opérés sont bien portants.*

Comparé aux risques de l'iléostomie, le risque de la conservation du rectum semble à beaucoup parfaitement légitime.

WELTI et WEISS n'acceptent pourtant de ne le courir que dans certains cas, *jamais dans la polypose recto-colique diffuse confluyente*, seulement en cas de Polypose recto-colique non confluyente, encore se réservent-ils l'amputation complémentaire du rectum s'il y a récurrence des polypes après coagulation.

MIALARET, après avoir traité deux cas en 1955 par colectomie totale avec ablation du rectum, eut recours à une technique conservatrice dans deux cas observés depuis :

Dans le premier cas (1957) (polypose recto-colique diffuse généralisée familiale) les récurrences des polypes rectaux, malgré les électro-coagulations répétées, conduisirent à l'amputation du rectum restant.

Dans le deuxième cas (1961) (polypose recto-colique diffuse généralisée) après colectomie avec anastomose iléo-rectale et électro-coagulation des polypes rectaux (non confluentes) il n'observe aucune récurrence.

COGNAT, dans sa thèse, rapporte quatre observations de Polypose recto-colique diffuse traitées selon la technique de P. BERTRAND et G. GUILLEMIN, avec quatre bons résultats.

Cependant, bien que l'on puisse escompter, dans nombre de cas, de bons résultats, il existe pourtant des ennemis irréductibles de la conservation du rectum, ainsi J.-M. VERNE qui déclare : « Dans l'adénomatose familiale diffuse, je ne conserve pas le rectum, car je suis convaincu *que le cancer est déjà là...* que c'est le traitement conservateur de ces cancers « histologiques » qui donne les mécomptes tardifs ».

G. LAURENCE rapporte à ce sujet l'observation d'une garçon de 15 ans, porteur d'une polypose adénomateuse diffuse, traitée en 1942 par colectomie subtotala avec conservation du rectum. Les polypes ont récidivé et ont dû être électro-coagulés en plusieurs séances. Ce malade est mort en 1960 d'une généralisation cancéreuse.

Que faut-il penser, par ailleurs, de la régression spontanée des polypes sur segment restant après fulguration, qui serait un bon argument pour un regain de faveur de la conservation du rectum ?

H. WELTI et HUGUENIN notèrent les premiers en 1941, à propos de deux cas de polypose recto-colique diffuse traités par colectomie, la rétrocession spontanée des polypes sur les deux bouts coliques abouchés à la Péan. Cette notion devait inciter ces auteurs, quelques années plus tard, chez deux nouveaux malades, à conserver, après colectomie large, la partie basse du sigmoïde et le rectum. Ces deux malades étaient porteurs de polypose recto-colique diffuse *confluente*, confirmée cliniquement et histologiquement. Dans les mois qui suivirent l'opération, la polypose rétrocéda avec disparition des diarrhées et des hémorragies, et retour à un aspect normal de la muqueuse. Un malade est mort cinq ans plus tard d'une affection intercurrente, apparemment guéri de sa polypose ; l'autre malade vit encore après douze ans.

De même, après HUBBARD (1957), COLE et HOLDEN constatèrent, dans deux cas de polypose recto-colique diffuse traités par colectomie totale et anastomose iléo-rectale, une rétrocession rapide des polypes rectaux, qui devinrent plus grêles et plus sessiles dès la sixième semaine.

TURNBULL rapporte un cas de polypose recto-colique diffuse traité par colectomie subtotala et anastomose iléo-sigmoïdienne à 16 cm de

l'anus : les polypes sur segment restant récidivèrent et furent fulgurés régulièrement pendant dix ans sans aucun résultat durable. Nouvelle intervention faisant porter l'anastomose à 4 cm de l'anus : TURNBULL eut alors la surprise de voir les polypes du segment conservé disparaître spontanément. On peut invoquer, à l'origine de ces régressions spontanées, diverses hypothèses :

- La colectomie ferait disparaître un « facteur irritatif ».
- Le liquide iléal serait toxique pour les polypes.
- L'ischémie relative du segment conservé pourrait jouer un rôle dans cette rétrocession.

Quoi qu'il en soit, cette heureuse éventualité ne saurait trop souvent être escomptée. Elle est un argument de plus, compte tenu des bons résultats obtenus par la colectomie totale suivie d'anastomose iléo-rectale en faveur de la conservation du rectum. Ainsi pourrions-nous conclure, avec MIALARET :

« Dans l'état actuel de la question, rien ne permet de prévoir l'évolution. La disparition spontanée post-opératoire des polypes elle-même, si satisfaisante soit-elle, met-elle complètement à l'abri des récidives et de la dégénérescence ? Nous ne le savons pas encore et la décision du sacrifice total ou de la conservation pour chaque cas particulier ne peut encore être fixée *a priori*. Le malade, dûment prévenu des risques, doit choisir, et je ne plaiderai plus, pour ma part, pour le sacrifice total d'emblée en cas de polypose non dégénérée. »

---



### CHAPITRE III

---

## **TECHNIQUE PERSONNELLE DE CONSERVATION DU RECTUM PAR UNE MÉTHODE MIXTE ELECTRO-CHIRURGICALE**

---

### LES PRINCIPES

Nous venons de voir, au chapitre précédent, les différentes attitudes adoptées par les auteurs en face d'un malade atteint de polypose recto-colique diffuse non dégénérée :

— Pour certains, le risque de cancer est tel qu'ils n'hésitent pas à sacrifier la totalité de la muqueuse malade, l'intervention de choix restant la coloproctectomie.

— Pour d'autres, l'infirmité épouvantable que constitue l'iléostomie abdominale définitive justifie à elle seule l'intervention conservatrice, même avec le risque de cancer sur segment restant. Ils ont recours le plus souvent à des méthodes mixtes électro-chirurgicales. Nombre de bons résultats plaident en leur faveur.

— Quelques-uns enfin sont moins éclectiques : ils tentent la conservation du rectum dans certains cas, qui leur paraissent favorables du fait de la disposition anatomique des polypes, ou parce qu'ils espèrent peut-être la régression spontanée des lésions, se réservant toutefois l'amputation secondaire du rectum en cas d'insuccès.

La technique que nous allons rapporter semble intéressante à employer chaque fois que l'on veut conserver le rectum en cas de polypose recto-colique diffuse non dégénérée.

Mais son intérêt particulier réside dans le fait qu'elle permet cette conservation même dans le cas où la polypose est *très confluyente* au niveau du recto-sigmoïde, ce qui s'observe somme toute fréquemment, puisque, avec le cœcum, il s'agit là d'un lieu d'élection des polypes.

Le problème consiste alors, avant tout, à débarrasser complètement la muqueuse de toutes ses lésions. Seule la fulguration totale des polypes « à ciel ouvert », sous le contrôle de la vue, peut permettre une telle éradication : le reproche que l'on peut adresser, en effet, aux méthodes dans lesquelles la fulguration des polypes se pratique, soit par les voies naturelles, à travers l'anus, soit par l'orifice de colostomie, est que cette dernière ne peut atteindre que les lésions visibles à l'œil nu, ignorant un grand nombre de polypes microscopiques, véritables « grains de mil » qui risquent de « germer » plus tard et peuvent expliquer, en partie, les échecs.

## LES MOYENS

Pour réaliser une fulguration aisée et totale de toutes les lésions de la muqueuse polypogène du recto-sigmoïde laissé en place, nul procédé ne peut paraître plus sûr que de fendre sur leur face antérieure le bas-sigmoïde et l'ampoule rectale et de les mettre à plat. Ainsi, *sous le contrôle de la vue*, il est alors facile de débarrasser la muqueuse de ses moindres polypes, même si ce travail doit être long et patient.

La reconstitution du segment d'intestin ainsi coagulé se fera ensuite aisément par suture en un plan.

## LE MANUEL OPERATOIRE

*Premier temps :*

- Laparotomie médiane sous-ombilicale. Section de l'aponévrose et du péritoine.
- On libère le sigmoïde que l'on sectionne transversalement

à sa partie moyenne, et on abouche le bout supérieur en anus iliaque gauche terminal.

- On libère ensuite le segment restant par décollement antérieur poussé jusqu'au plancher périnéal, sans décollement postérieur ni latéral, afin de ménager l'innervation pelvienne.
- On ouvre la face antérieure du sigmoïde et du rectum jusqu'au sphincter que l'on respecte, ce qui permet de mettre à plat le bas-sigmoïde, l'ampoule rectale et la partie supérieure du canal anal.
- On peut alors, sous le contrôle de la vue, électro-coaguler très soigneusement toute la muqueuse malade (fig. 1).

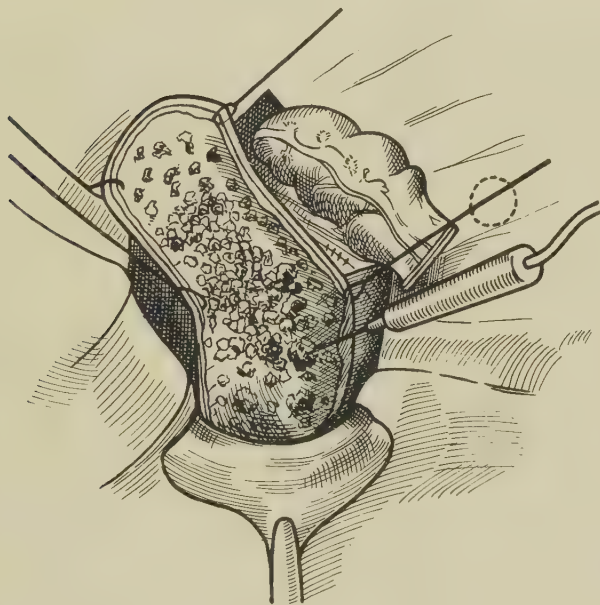


Figure 1

- On reconstitue ensuite le segment restant par suture en un plan, points séparés à la soie (fig. 2).

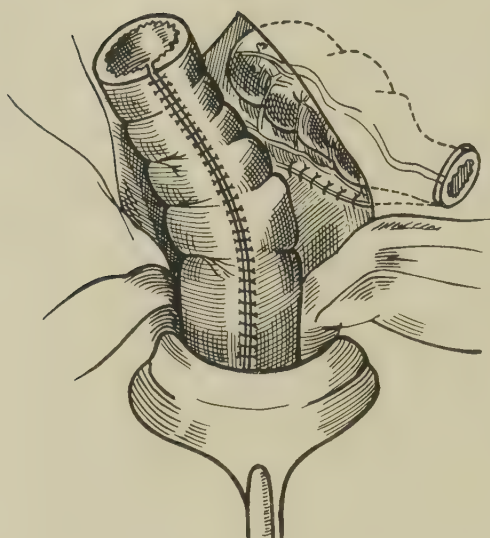


Figure 2 (Page 27)

— Après péritonisation très complète, on abouche le bout supérieur en colostomie sus-pubienne, à la partie inférieure de l'incision de laparotomie (fig. 3).

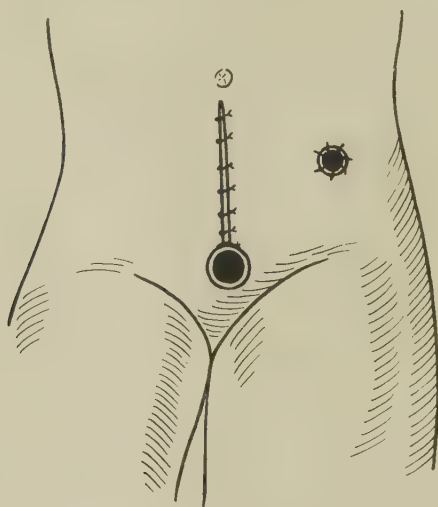


Figure 3

— On referme plan par plan.

*Deuxième temps* (après un intervalle d'un à trois mois) :

- Incision-résection de l'ancienne cicatrice.
- On libère et on réintègre l'anus terminal après ligature du bout intestinal.
- On pratique alors la colectomie, qui est menée progressivement de gauche à droite.
- On se porte enfin sur le segment recto-sigmoïdien conservé et on pratique une anastomose iléo-sigmoïdienne termino-terminale, sinon une anastomose iléo-rectale termino-latérale.
- Fermeture plan par plan.

### JUSTIFICATION

Dans notre cas de polypose recto-colique diffuse très confluyente où cette technique a été employée pour la première fois par le Professeur Agrégé J. FRANCILLON, les résultats obtenus ont été excellents.

#### DU POINT DE VUE HISTOLOGIQUE :

En raison même du caractère superficiel de la polypose et du respect de la *muscularis mucosæ*, rien ne semble s'opposer à une reconstitution normale de la muqueuse, si celle-ci a parfaitement été nettoyée de toutes ses lésions. Or c'est sur ce principe qu'est fondée la technique et ceci est réalisé par l'ouverture et la mise à plat du segment conservé, qui permettent, *sous le contrôle de la vue*, la fulguration non plus quasi-totale, mais totale, de tous les polypes.

Ainsi, dans l'observation que nous rapportons :

— *Au rectoscope* : la muqueuse a repris son aspect pratiquement normal et aucun polype n'est visible trois mois après la colectomie (D<sup>r</sup> CHABANON).

— *Au microscope* : la muqueuse rectale est enflammée, mais ne présente aucun symptôme de dégénérescence maligne (Prof. Agr. TOMMASI).

## DU POINT DE VUE OPÉRATOIRE :

Les suites opératoires ont été simples. Ce résultat est sans nul doute en rapport avec le fait que la colectomie a été pratiquée dans un deuxième temps. La colostomie iliaque gauche a en effet un double rôle :

— Elle permet tout à la fois de repousser à un deuxième temps l'anastomose iléo-rectale qu'il convient de redouter particulièrement sur un segment d'intestin qui vient d'être ouvert et fragilisé par la coagulation, et de réaliser, pendant la période où celle-ci devient nécessaire, une dérivation moins désagréable, et surtout moins dange-reuse qu'une iléostomie, même transitoire.

— Quant au rétablissement de la continuité par anastomose iléo-rectale par voie termino-latérale, souvent nécessaire en cas d'incongruence trop marquée, il a toutefois le mérite d'éviter les risques classiques de déhiscence et de fistulisation.

— Les résultats éloignés sont bons, pour autant qu'on peut en juger maintenant avec un an et demi de recul : nous avons pu noter une très nette amélioration sur le plan fonctionnel, général et psychique.

*En conclusion*, nous venons de décrire une technique qui paraît très satisfaisante en cas de polypose recto-colique diffuse confluyente non dégénérée. Ses deux points particuliers résident dans l'ouverture et la mise à plat du segment d'intestin laissé en place, permettant ainsi le nettoyage total des lésions, et dans la colectomie seconde, évitant les risques de l'iléostomie.

Sa relative facilité d'exécution, le peu de risques opératoires qu'elle comporte, les succès qu'elle semble promettre nous paraissent devoir lui réserver une place parmi les méthodes conservatrices mixtes électro-chirurgicales.

---

## OBSERVATION

---

*Enfant Marie-Claude FAR..., 11 ans.*

Cette fillette a présenté à l'âge de 8 ans un syndrome diarrhéique et par à-coups dysentérique, vraisemblablement lié à une polypose recto-colique pour laquelle on ne retrouve pas le caractère familial.

Le diagnostic est établi de façon certaine par la radiographie (Prof. M. GIRARD) qui montre une diffusion du processus polypeux jusqu'à l'angle

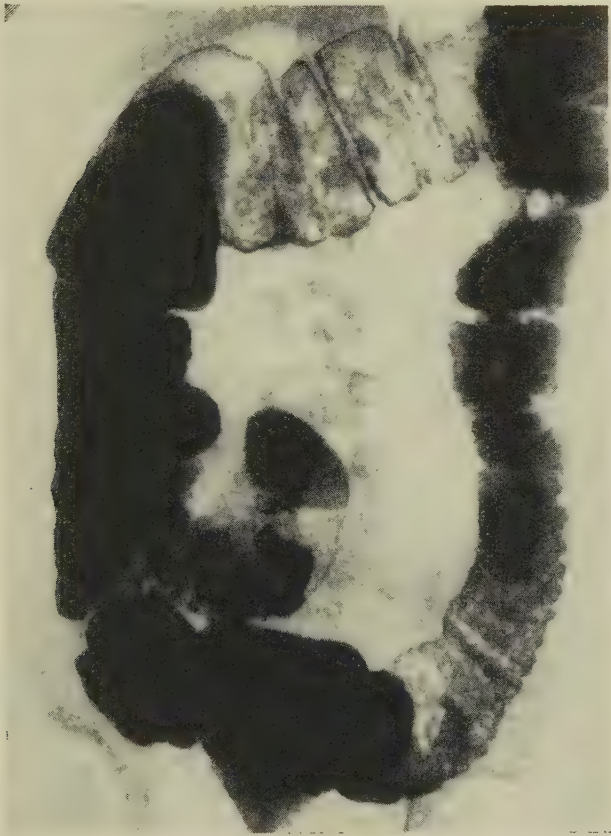


Figure 4 (Page 32)

droit, et très probablement jusqu'au cœcum, un polype est peut-être visible dans l'appendice sur un cliché.

La rectoscopie (D<sup>r</sup> CHABANON) montre une muqueuse rectale tapissée d'un nombre incalculable de petits polypes ; aucun aspect inflammatoire ou hémorragique évoquant la recto-colite hémorragique. Il s'agit manifestement d'une polypose essentielle.

L'indication thérapeutique est posée (Prof. Agrégé J. FRANCILLON, Prof. M. GIRARD, D<sup>r</sup> CHABANON) : colectomie totale avec conservation du rectum à n'envisager qu'après la puberté. En attendant, essai de nettoyage du rectum par électro-coagulation.

Le traitement est confié au Prof. J. FRANCILLON. (Cette observation a été rapportée par M. COGNAT dans sa thèse, Lyon, 1961).

Il s'agissait d'une polypose absolument diffuse et confluyente intéressant tout le cadre colique et le rectum jusqu'à la marge anocutanée (fig. 4 et 5).



Figure 5

Il fut demandé tout d'abord au D<sup>r</sup> CHABANON de fulgurer les polypes sous contrôle rectoscopique sur une hauteur suffisante pour permettre une anastomose après colectomie. Mais la confluence était telle (photos rectoscopiques

du D<sup>r</sup> COULAUD) qu'il fallut bientôt renoncer (fig. 6). Le Professeur Agrégé J. FRANCILLON pratiqua alors sous anesthésie et dilatation anale plusieurs séances de fulguration qui n'apportèrent qu'un résultat dérisoire et, chez cette enfant âgée maintenant de 11 ans, l'iléostomie définitive semblait inévitable. C'est pour essayer cependant de l'éviter qu'il eut recours à un procédé que l'on ne trouve mentionné nulle part dans les très nombreuses publications consacrées à la polypose recto-colique généralisée.

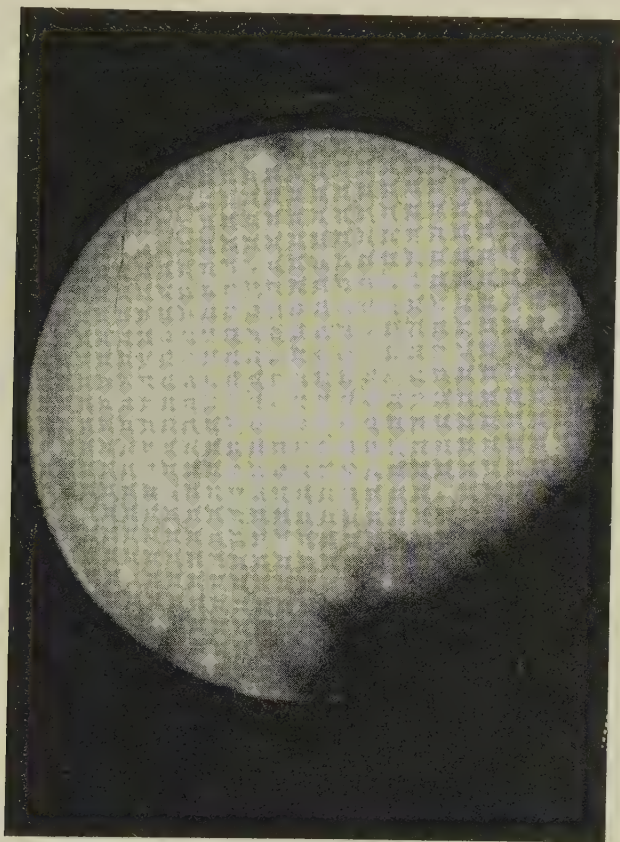


Figure 6

## COMPTE RENDU OPERATOIRE (11 juillet 1961)

### LAPAROTOMIE MÉDIANE sous-ombilicale.

— Section transversale du sigmoïde et colostomie terminale iliaque gauche montrant l'efflorescence de polypes sur la muqueuse de l'anus artificiel (fig. 7).

— Libération du bas sigmoïde et de la face antérieure du rectum par décollement recto-vaginal poussé jusqu'au plancher périnéal, sans



Figure 7

décollement postérieur ni latéral, afin de ménager l'innervation pelvienne.

— Section médiane antérieure du sigmoïde et du rectum jusqu'au sphincter qui est respecté, permettant de mettre à plat le bas sigmoïde, l'ampoule rectale et la partie supérieure du canal anal (fig. 8).

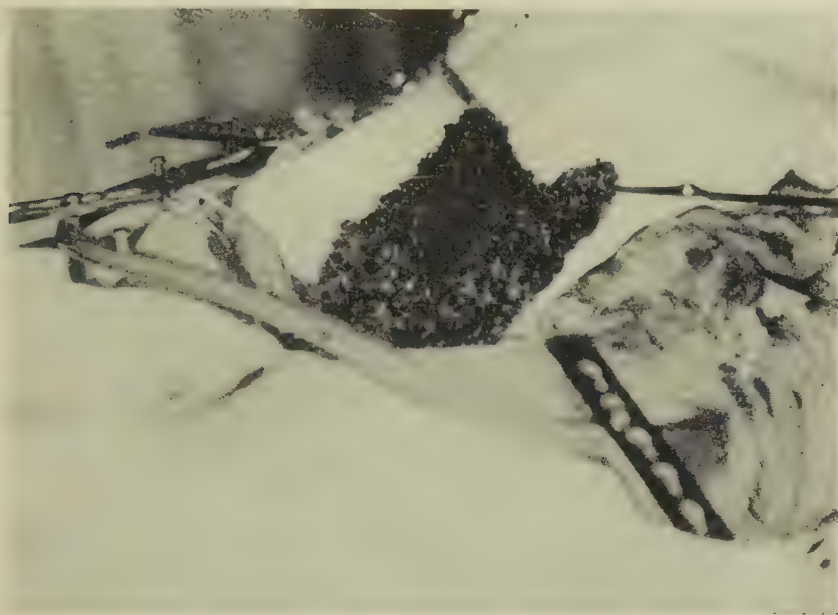


Figure 8

— Fulguration patiente des polypes, qui demande environ trois quarts d'heure. La muqueuse paraissant entièrement coagulée : suture en un plan extra-muqueux de l'incision longitudinale et reconstitution du rectum et du bas sigmoïde qui est abouché à la peau à la partie basse de l'incision médiane en colostomie sus-pubienne.

#### EXAMEN HISTOLOGIQUE (Professeur Agrégé TOMMASI) :

« La pièce sectionnée transversalement montre en surface et au-dessus du plan muqueux de multiples polypes glandulaires adénomateux, exubérants et végétants, composés de glandes mucipares très

régulières et orthoplasiques avec un stroma congestif et discrètement inflammatoire.

Sur toute la longueur de la pièce, les différents polypes sont réticulés et se développent uniquement en surface : en effet, le plan de la *muscularis mucosæ* est retrouvé de façon constante tout le long de la face intérieure de la muqueuse et les autres tuniques sont indemnes de toute infiltration épithéliale.

Sur tous les fragments examinés, l'aspect est identique et il n'y a actuellement aucun signe histologique de dégénérescence maligne

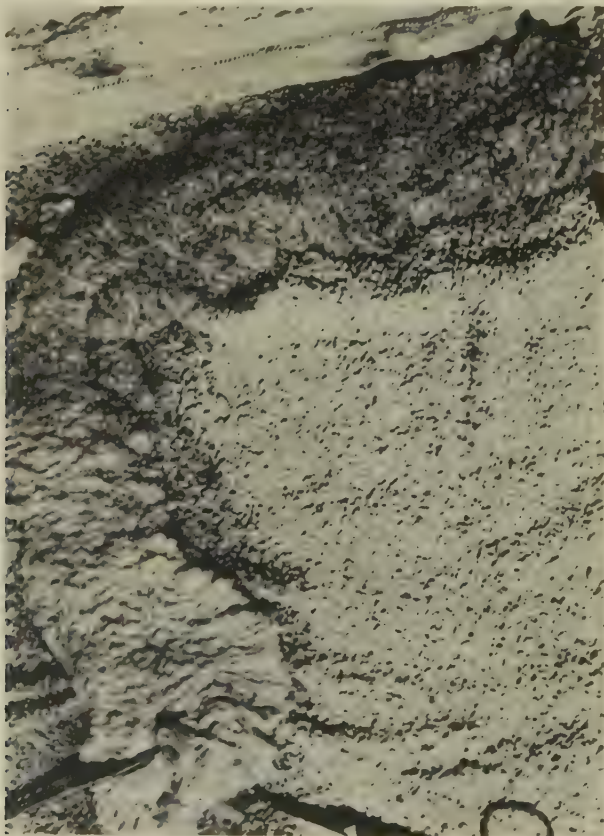


Figure 9 (Page 37)

visible sur les différents polypes, tant au point de vue architectural que cytologique. »

Pendant deux mois, le bout inférieur fulguré et isolé fut soumis à des lavages biquotidiens par l'anus et pendant quelques semaines par la colostomie sus-pubienne, mais celle-ci se sténosa progressivement.

*Réintervention le 9 septembre 1961.*

Colectomie totale (fig. 9), suivie d'anastomose iléo-rectale haute après avoir vérifié par rectoscopie l'aspect normal de l'ampoule rectale, qui fut trouvée large, souple. Au contraire, la portion sigmoïdienne de



Figure 10 (Page 38)

segment exclu s'était rétrécie jusqu'à constituer un cordon sans lumière. L'anastomose iléo-rectale termino-latérale fut exécutée sans difficulté en deux plans à la soie.

Les suites ont été simples. Le transit s'est assez vite stabilisé, avec deux à trois selles par jour. L'état général s'est rapidement amélioré.

Une rectoscopie de contrôle a été pratiquée (D<sup>r</sup> CHABANON) le 2 décembre 1961, soit trois mois après la colectomie : « L'état du rectum apparaît satisfaisant. La muqueuse a repris un aspect pratiquement normal. On ne voit aucun polype (fig. 10, 11 et 12). A 6 ou



Figure 11

8 cm de l'anus, existe une zone inflammatoire avec formation granulomateuse qui correspond à l'anastomose ».

Des biopsies ont été pratiquées au niveau de ce granulome et, plus bas, en muqueuse rectale apparemment saine.



Figure 12 (Page 38)

Voici les résultats de leurs examens (Professeur Agrégé TOMMASI) :

1° Granulome inflammatoire jeune, très œdémateux, et angio-blastique, mais sans caractère histologique d'inflammation spécifique ni de dégénérescence maligne.

2° Muqueuse rectale enflammée, mais ne présentant aucun symptôme de dégénérescence maligne.

Le rectum de la petite opérée a été surveillé régulièrement depuis. Nouvel examen et nouvelle rectoscopie le 10 octobre : les polypes n'ont pas récidivé, et les signes fonctionnels et généraux se sont convenablement amendés. Cette fillette a grandi et a repris du poids, les signes de puberté se dessinent, les règles sont apparues. Elle présente encore deux à trois selles moulées par jour, et peut mener une vie parfaitement normale. Avec un an et demi de recul que nous avons maintenant, le résultat peut être considéré comme bon.

---

## CONCLUSIONS

---

— La polypose recto-colique diffuse comporte une menace de dégénérescence néoplasique qui oblige à un traitement radical.

— La coloproctectomie totale terminée par iléostomie définitive écarte évidemment le risque de cancer, mais au prix d'une infirmité terrible, surtout qu'il s'agit souvent de sujets jeunes ou même d'adolescents.

— La conservation du rectum, après destruction des polypes (en général par électro-coagulation) ne pose pas de problèmes insurmontables quand il s'agit de polyposes disséminées.

— Dans les formes confluentes, au contraire, les essais de fulguration pratiqués soit par les voies naturelles, soit par anus artificiel, soit parallèlement par les deux orifices, se sont souvent soldés par des échecs, en raison même du caractère diffus de la lésion.

— Bien que certaines disparitions spontanées de polypes sur le rectum conservé et réanastomosé au grêle aient été observées, cette disparition demeure aléatoire.

— La technique personnelle que nous proposons ne diffère pas dans son principe des techniques d'électro-coagulation déjà employées, mais elle en facilite singulièrement l'application. Elle comporte :

— Dans un premier temps, une colostomie terminale et simultanément la mise à plat du rectum par fente antérieure et l'électro-coagulation des polypes « à ciel ouvert », puis la reconstitution du rectum ainsi dépouillé.

— Dans un deuxième temps, la colectomie suivie d'anastomose iléo-rectale.

— Nous apportons une observation suivie cliniquement et radiologiquement, vérifiée par rectoscopie et histologie, avec un résultat excellent du point de vue morphologique et fonctionnel.

---

*Vu*, LE DOYEN :

A. HERMANN.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

P. BERTRAND.

*Vu et permis d'imprimer :*

Lyon, le 26 novembre 1962.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL  
DE L'UNIVERSITÉ :

P. LOUIS.

## BIBLIOGRAPHIE

(Limitée aux problèmes thérapeutiques)

(Voir la thèse de COGNAT, Lyon 1961, pour les références antérieures)

---

- BACON H. E., NUGUI D. T. P. — An improved technic of colectomy for ulcerative colitis and disseminated adenomatosis ; a one stage ileocoloproctectomy. *Dis. Colon Rectum*, 4, May-June 1961, p. 173-176.
- DI BARTOLOMEA A., TEATINI A. — On the subject of partial or radical treatment of recto-colic polyposis. *Ann. Ital. Chir.* 37, 1960, p. 1090-1107.
- HAMANDI W. J., KRATZER G. L. — Management of polyps of the rectum and colon. *Dis. Colon Rectum*, 4, May-June 1961, 173-176.
- HAYES H. T., BURR H. B., MELTON W. T. — Management of adenomatosis or polyposis of the colon and rectum, report of 5 cases. *Texas J. Med.*, 55, nov. 1959, p. 894-896.
- OPPOLZER R. — A method for the restoration of complete continence after colectomy in polyposis of the colon and rectum. *Wien Klin. Wschr.*, 74, 16 Marz 1962, p. 194-200
- POIRIER A. et HOUDARD C. — Traitement des polypes rectaux et recto-sigmoïdiens. *Arch. Mal. App. Dig.*, sept. 1961, 50, n° 9 bis, p. 55-70.
- WOODWARD N. W. — The management of adenomatous polyps of the colon and rectum. *J. Int. Coll. Surg.*, 34, nov. 1960, p. 655-661.
- YODICE A. — Therapeutic management of rectocolic polyps. *Dia Med.* 33, 27 April 1961, p. 574.
- DOMART A., POILLEUX F., HAZARD J. LARRIEU H., HILLEMAND B., MICHON A., CATTAN D. — A propos of a further case of recto-sigmoid villous tumor with electrolyte losses. *Bull. Soc. Med. Hôp.*, Paris, 113, 26 Janv.-2 Feb. 1962, p. 156-167.
-



## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| CHAPITRE I. — Les caractères nosologiques de la Polypose recto-colique diffuse ..... | 11 |
| CHAPITRE II. — Le problème de la conservation du rectum ...                          | 17 |
| CHAPITRE III. — Technique personnelle de conservation du rectum .....                | 25 |
| CHAPITRE IV. — Observation .....                                                     | 31 |
| CONCLUSIONS .....                                                                    | 41 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                                                  | 43 |

---



IMPRIMERIE DUGAS

LYON





